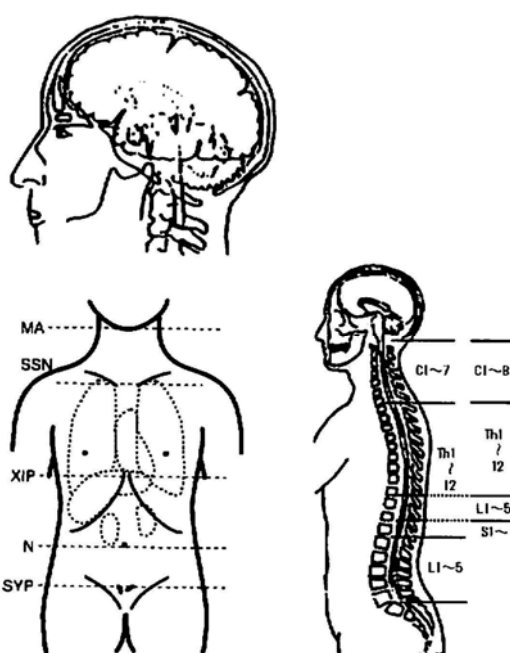


① CT 検査依頼書 (依頼医控)

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|---|
| 検査予定 年 月 日 | 年 月 日 曜日 | 検査開始 予定時間 | 午前 午後 | 時 分 開始時間の30分前にはお越し下さい |
| ふりがな 患者名 | | 申 込 | 病 院 医 院 | |
| M・T・S・H | 年 月 日生 (才) | 主 治 医 連 絡 先 | () | - |
| 住 所 | | | | |
| 検 査 部 位 | | 検 査 指 示 | 単 純 造 影 | 血清クレアチニン値 (mg/dl) 平成 年 月 日データ |
| CTチェックリスト 体重 k g | | 造影検査の時の確認 ↑: 記載要 | | |
| 手術歴 有 () 無 () | 有 ・ 無 | 腎機能の低下 ぜんそく | 有 ・ 無 有 ・ 無 | 造影検査は避けてください 重篤副作用の相対危険度が上昇 重篤副作用の相対危険度が上昇 ショック時の対応が違います 検査前後の投薬中断が望ましい |
| 体内金属物 有 () 無 () | 有 ・ 無 | 薬剤アレルギー 有 () 無 () | 有 ・ 無 有 ・ 無 | |
| 以下はCTの禁忌 | | β ブロッカーの使用 | 有 ・ 無 | |
| ペースメーカー・ICD 有 () 無 () | 有 ・ 無 | ビグアナイド系糖尿病薬 | 有 ・ 無 | |
| 妊娠の可能性 有 () 無 () | 有 ・ 無 | | | |
| 臨床症状・疾患名・主訴などできるだけ詳しくお知らせください | | | | |
| | | | | |
| 以下クリニック使用欄 | | メディア | | フィルム () 枚 |
| 撮影条件 | 120 kV Auto mA mAs | 造 影 剤 | イオパミロン 300 | 80ml |
| | | | オムニパーク 350 | 100ml |
| | | | 他 () | 150ml |
| | | | 動脈相 早期 後期 平衡相 遅延相 | |
| 撮影日 | 年 月 日 | CT No. | 技師 | |

② 診療情報提供書 (CT 検査)

| | | | | |
|--|--------------------|--|------------|--------------------------|
| 検査予定 年 月 日 | 年 月 日 曜日 | 検査開始 予定時間 | 午前 午後 | 時 分 開始時間の30分前にはお越し下さい |
| ふりがな 患者名 | | 申 込 病 院 医 院 | | |
| M・T・S・H 年 月 日生 (才) | | 主 治 医 連 絡 先 | | () - |
| 住 所 | | | | |
| 検 査 部 位 | | 検 査 指 示 | | |
| | | 単純 造影 { 血清クレアチニン値 (mg/dl) 平成 年 月 日データ | | |
| CTチェックリスト 体重 k g | | 造影検査の時の確認要 ↑ | | |
| 手術歴 有 ・ 無 有 () | | 腎機能の低下 有 ・ 無 | | |
| 体内金属物 有 ・ 無 有 () | | ぜんそく 有 ・ 無 | | |
| <u>以下はCTの禁忌</u> | | 薬剤アレルギー 有 ・ 無 有 () | | |
| ペースメーカー・ICD 有 ・ 無 | | β ブロッカーの使用 有 ・ 無 | | |
| 妊娠の可能性 有 ・ 無 | | ビグアナイド系糖尿病薬 有 ・ 無 | | |
| 臨床症状・疾患名・主訴などできるだけ詳しくお知らせください | | | | |
|  | | | | |
| 以下クリニック使用欄 | | メディア | | フィルム () 枚 |
| 撮影条件 | 120 kV Auto mA mAs | 造影剤 | イオパミロン 300 | 80ml |
| | | | オムニパーク 350 | 100ml |
| | | 他 () | | 150ml |
| | | 動脈相 早期 後期 平衡相 遅延相 | | |
| 撮影日 | 年 月 日 | CT No. | 技師 | |

③ CT 検査について（患者様用）

| | | | | |
|---------------|-----------|----------------|----------------------------------|--------------------------|
| 検査予定 年 月 日 | 年 月 日 曜日 | 検査開始 予定時間 | 午前 午後 | 時 分 開始時間の30分前にはお越し下さい |
| ふりがな 患者名 | | 申 込 | 病 院 医 院 | |
| M・T・S・H | 年 月 日生（才） | 主 治 医 連 絡 先 | （ ） | — |
| 住 所 | | | | |
| 検 査 部 位 | 検 査 指 示 | 単純 造影 | 血清クレアチニン値（ mg/dl） 平成 年 月 日データ | |

検査にあたって

検査当日は**健康保険証**と主治医からの**CT検査依頼書**をご持参ください。手続きや更衣等の準備がありますので、**予約時間の30分前**までにお越しください。また、やむを得ない事情により検査開始の時間が変わることがありますがご了承ください。

検査の前に検査の説明書と問診票・同意書をお渡しします。説明書をお読みになって問診票にお答えください。検査に対するご理解をいただいて検査をします。検査についてご理解の上、同意書にご署名をお願いします。

CT検査について

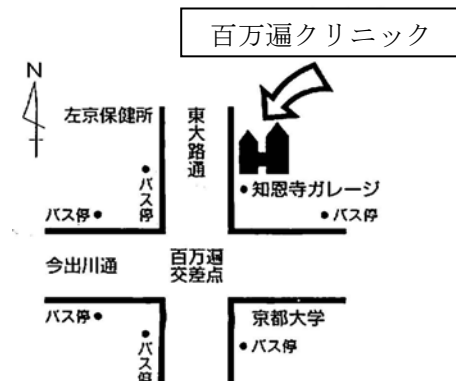
- CT検査はX線を利用して体を調べる画像診断です。標準的な検査時間は15～20分程度です。
- 検査中に体を動かすと不十分な検査となります。できるだけ動かないようにしてください。検査中になにかあれば、声を出していただければ検査担当者に聞こえます。スイッチで合図をすることもできます。
- 胸部や腹部を検査される方は、検査中に息を止めて撮影をします。
- 検査中は体がトンネル状の装置内に入ります。閉所恐怖症の方はお申し出ください。
- 心臓ペースメーカーや体内埋込み除細動器を使用している方は機器の調整をしないと検査ができません。機器を入れる手術をした病院でCT検査をしてください。

腹部の検査をされる方は検査5時間前までに食事を済ませて、以後は水分だけにしてください。それ以外の部位で単純（造影でない）検査する方は、普通に食事をしていただいて結構です。

造影CT検査について

- 造影検査を予定されている方は検査5時間前から絶食してください。軽く水分をとることは問題ありません。
- 急速に薬を注入することが多く、体が熱くなりますが、心配いりません。
- 副作用のない薬剤はありませんが、検査用の薬は重篤な副作用の可能性は低い薬剤です。検査前にも説明をします。納得して検査を受けてください。
- 造影検査の方は、**おくすり手帳（内服薬一覧表）・直近の血液検査データ**を持ってきていただくと確認がスムーズです。

○駐車場：駐車場が少ないため、できるだけ公共交通をご利用ください



○交通機関 市バス停「百万遍」下車北へ70m 東側

- JR 京都駅から 206 系統・17 系統
- 阪急河原町駅から 3 系統・17 系統・201 系統
- 地下鉄烏丸今出川駅から 201 系統・203 系統
- 地下鉄東山駅から 206 系統
- 京阪電車・出町柳駅より今出川通東へ徒歩 15 分で百万遍交差点

医聖会

百万遍クリニック

Tel. (075) 791-8202 Fax. (075) 705-0025

京都市左京区田中門前町103-5

ご不明の点がありましたらお問い合わせください